# Dossier de candidature

# Initiatives dans le cadre du plan MND

# visant à récompenser des initiatives reposant sur un partenariat

# « usagers-professionnels »

Se référer au document « Consignes de remplissage »

*Identification du(des) porteur(s) de l’initiative*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la structureAdresse postale |  |
| Nom de la personne représentant la structure déposant le dossierFonctionTéléphoneMail |  |
| Nom du contactFonctionTéléphoneMail |  |

*Cochez le thème de l’initiative*

ETP ❑ Soutien aux aidants ❑ Habitat adapté / inclusif ❑

☞ Veuillez déposer 1 dossier par thème

|  |
| --- |
| **Titre de votre initiative** |
| **Quels objectifs poursuivez-vous ?** |
| **Description succincte** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Public bénéficiaire** |

|  |
| --- |
| **Territoire de mise en œuvre et zone géographique couverte** |

|  |
| --- |
| **Plan de communication** |

|  |
| --- |
| **Principaux partenaires** |

|  |
| --- |
| **Coût global** |
| **Source(s) de financement** |
| **Est-il prévu une participation financière des bénéficiaires ?**  OUI ❑ NON ❑Si oui, à combien s’élève-t-elle ?Si pratiques tarifaires appliquées, les préciser : |

|  |
| --- |
| **Calendrier**Initiative déjà réalisée OUI ❑ Date de mise en œuvre : Si non, date prévisionnelle : |

|  |
| --- |
| **Méthode d’évaluation et indicateurs choisis aux regards de vos objectifs** |

|  |
| --- |
| Lister les annexes en les numérotant et les joindre en PJ sous fichier *.zip* :1. Programme ETP ou plan
2. Plan de communication
3. Partenariats
4. Coût global présentant les différents postes de dépenses
5. Evaluation / bilan

Si besoin rajouter annexe. |

|  |
| --- |
| Si mon dossier est retenu, je m’engage à être présent ou être représenté le 12 juin 2018 ❑ |
| Signature du représentant et cachet de la structure |

- Le dossier ne doit pas excéder 5 pages -

Date limite de réception des candidatures : **4 mai 2018**

ARS-OC-DUQUALE-DEMOCRATIE-SANITAIRE@ars.sante.fr